



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DELEGACIÓN NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 94

**“ESTILOS PARENTALES UTILIZADOS EN MADRES DE NIÑOS CON
PESO NORMAL, SOBREPESO Y OBESIDAD”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

Dr. Soriano Hernández Mosáh

DIRECTORA DE TESIS:
Dra. Patricia Ocampo Barrio

MEXICO DF.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizaciones

Proyecto autorizado por el Comité Local de Investigación (3515) de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 con registro institucional R-2008-3515- 14

DRA. AGUSTINA ELENA VILCHIS GUIZAR
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

DRA. YOLANDA SOTO GONZÁLEZ
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

DR. MARCO ANTONIO PAGOLA MARTÍNEZ
Director UMF No 94 del IMSS

DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
Coord. Clínico Educación e Investigación en Salud
Unidad Medicina Familiar No. 94 de IMSS

Agradecimientos

A Dios.

Gracias por que me has conservado con vida, con salud, porque me haz guiado y cuidado hasta ver lograda una meta mas en mi vida profesional.

A mis padres.

Quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: amor. A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

A mi amada esposa Esther.

Gracias por tu apoyo incondicional, eres la felicidad más grande y preciosa en mi vida. No puedo describir con palabras la influencia tan positiva que tu amor y tus sonrisas han tenido sobre mí, especialmente durante estos años.

A mis hijos Viridiana, Estrella, Daniel Mosíah y David Isai.

Gracias por ser mi gran inspiración día a día y el mejor regalo durante mi formación como Médico Familiar, ya que con sus sonrisas transformaron esos momentos difíciles y sobre todo por que han comprendido mi ausencia en presencia.

A mis hermanos.

Por alentarme a seguir adelante en los momentos difíciles, aunque estuvieran cursando por momentos difíciles.

A mi director de tesis Dra. Patricia Ocampo.

Gracias por su paciencia, su constante apoyo, sus indicaciones y ayuda en la realización de este proyecto.

A mis profesores Dra. Bautista y Dr. Arrieta.

Gracias por los conocimientos aportados e ideas propias, siempre orientadas a mejorar mi desempeño como profesionista.

A los médicos.

Gracias por el apoyo social y conocimientos que compartieron conmigo, dando muestra de su profesionalismo.

A mis compañeros.

Que al encontrarse en una situación semejante siempre me dieron una mano desde el inicio, recorriendo juntos este camino, aprendiendo y dando algo de si mismos para lograr nuestro objetivo.

INDICE

Resumen	5
Introducción	6
Marco teórico	8
Antecedentes científicos	19
Planteamiento del problema	21
Objetivos de estudio	22
Hipótesis	22
Diseño del estudio	22
Identificación de variables	22
Universo de trabajo	22
Población de estudio	22
Muestra	23
Determinación estadística de la muestra	23
Tipo de muestreo	23
Criterios para la selección de la muestra	23
Procedimiento para integrar la muestra	23
Descripción del instrumento	23
Análisis estadístico	24
Resultados	25
Análisis de resultados	27
Conclusiones	28
Sugerencias	28
Bibliografía	29
Anexos	32

“ESTILOS PARENTALES UTILIZADOS EN MADRES DE NIÑOS CON PESO NORMAL, SOBREPESO Y OBESIDAD”

Ocampo-Barrio P¹, Soriano-Hernández M²

Objetivo. Comparar el estilo parental utilizado por madres de niños con peso normal, sobrepeso y obesidad.

Material y métodos. Se diseño estudio observacional, comparativo, transversal y prolectivo, realizado en una unidad de primer nivel. Empleando muestreo por conveniencia se integro una muestra calculada estadísticamente de 138 madres de niños de 6-12 años no portadoras de patología psiquiátrica. Distribuidas equitativamente en 3 grupos con base al índice de masa corporal de sus hijos (peso normal, sobre peso y obesidad). Nuestra variable dependiente fue el estilo parental y la edad, escolaridad y estado civil de las madres las variables sociodemográficas. Los instrumentos utilizados fueron la escala de estilos parentales y tablas internacionales de IMC en niños. Para el análisis se utilizó la prueba chi cuadrada y Kruskall-Wallis.

Resultados.

La edad de la madre fue la única variable que presento significancia sobre el IMC de los niños, al reporta ($p < 0.04$). El estilo parental permisivo fue el más frecuentemente utilizado por las madres encuestadas no reportando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos formados ($p < 0.08$). La obesidad fue mayor entre los niños.

Conclusiones.

El estilo parental utilizado indica que las madres proporcionan un bajo cuidado a sus hijos, lo que es compensado con conductas sobreprotectoras. De tal manera que ante la necesidad de establecer reglas y disciplina para con el niño, utilizan mecanismos de control privados de afecto que pudieran estar influenciados por la propaganda publicitaria de alimentos de bajo valor nutricional y elevado contenido energético.

Palabras claves: obesidad infantil, sobrepeso infantil, estilos parentales.

1. Médico Familiar. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud. Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS.

2. Médico residente del 3º año del curso de especialización en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS

Introducción

Generalmente las personas se preocupan del sobrepeso y/o obesidad por razones estéticas; cuando verdaderamente su mayor peligro radica en el riesgo de provocar un sin número de enfermedades. Especialistas en nutrición señalan que es en la etapa infantil e incluso desde la etapa prenatal, en que los padres deberían comenzar a atender cuestiones relacionadas con la nutrición.

Entre las madres mexicanas se da un alto consumo de comida rica en grasas saturadas y azúcares simples, sobre todo durante la gestación, tiempo en que se presentan los conocidos antojos. Posteriormente, el niño continúa preservando y adquiriendo nuevos hábitos inadecuados de alimentación a través de su núcleo familiar.

De esta forma, en los primeros años de vida, los niños construyen los hábitos de alimentación que se han de seguir por el resto de la vida. Se sabe que alrededor de 2% de los menores de dos años toman refresco, bebida carbonatada con altas cantidades de azúcares simples, que el organismo convierte en triglicéridos y grasas, las que en exceso se traducen en sobrepeso y obesidad.

La Organización Mundial de la Salud ha revelado que cerca de 22 millones de menores de cinco años presentan problemas de obesidad; de estos más de 78% viven en los países en vías de desarrollo, como México. En nuestro país la obesidad infantil aumentó 40% de 1999 a 2006, panorama preocupante si consideramos que de acuerdo a investigadores del Hospital Infantil de México, "una buena nutrición durante los primeros años de vida es fundamental para el desarrollo del potencial humano y la formación de hábitos saludables de alimentación que prevengan enfermedades en la edad adulta".

Existe un gran número de factores implicados en la patogénesis de la obesidad infantil; tales como el exceso de alimentación durante el período prenatal y postnatal, malnutrición materna, tipo de estructura familiar, estilo parentales utilizado en la crianza de los hijos, nivel socioeconómico, factores relacionados con el clima, la falta de ejercicio físico y el fácil acceso a la comida. Otro factor implicado es la idea o creencia de la mayoría de las personas y también de algunos médicos, que consideran que la "gordura" en los niños es sinónimo de buena salud y que con la edad reducirán de peso.

Los padres son piezas claves para la solución de este problema, sin embargo frecuentemente no detectan el sobrepeso en sus hijos, por presentar ellos mismos problemas de obesidad o sobrepeso, de ahí la importancia que tiene que el médico de primer contacto vigile además del crecimiento y desarrollo del menor la dinámica que se establece dentro del entorno familiar.

Tradicionalmente en los niños obesos se hace un gran énfasis en la evaluación de los factores de riesgo cardíacos, así como para las posibles complicaciones ortopédicas, dermatológicas, por mencionar solo algunos de los órganos y sistemas afectados por la obesidad. Olvidándose de investigar los aspectos

emocionales y sociales que con demasiada frecuencia se encuentran presentes.

La obesidad no solo tiene un impacto negativo sobre los aspectos biológicos; además tiene una repercusión importante sobre los aspectos emocionales y sociales que involucran el adecuado desarrollo del niño.

Es indudable que en la actualidad el problema de la obesidad, se debate en una ambivalencia. Socialmente se promueve el consumo de alimentos hipercalóricos (dulces, golosinas, etc.) y el sedentarismo (televisión, juegos de video, etc.). Por otro lado enaltece como prototipo de belleza la delgadez excesiva.

De tal manera que el niño experimenta una confusión respecto a su aspecto corporal, pues al consumir los productos presentados en los medios de publicidad, lógicamente presentará obesidad y esto le lleva a ser ridiculizado, rechazado o etiquetado, lo que repercute de manera negativa sobre su desarrollo integral y estima.

Los padres son personas claves para la prevención y tratamiento de la obesidad en el niño, al ser ellos sus modelos en la selección de alimentos y realización de actividad física. Desafortunadamente muy frecuentemente, los hábitos alimenticios que los padres inculcan a sus hijos, son el reflejo de sus distintos estados emocionales. Ya que en algún momento de su vida aprendieron que a través de los alimentos se pueden satisfacer no solo las necesidades fisiológicas, sino aún más las afectivas.

Resulta más que evidente que hay muchos tipos de madres y padres, basta pensar en personas de nuestro círculo próximo y encontraremos una gran diversidad: afectuosos, estrictos, sobreprotectores, desorientados, despistados, razonables, etc.

Esta tipología de padres se engloba en cuatro estilos parentales: autoritativo, autoritario, permisivo y negligente; después de varias décadas de estudios sobre este tema, la evidencia empírica apoya claramente la idea de que cada uno de estos estilos parentales de crianza influye positiva o negativamente el desarrollo integral de los hijos. Es por ello que el propósito de esta investigación es reconocer si los estilos parentales utilizados por los padres influyen en la presentación de obesidad.

Marco teórico

La obesidad es considerada como una enfermedad crónica, de origen multifactorial y compleja evolución, susceptible de ser prevenida. Generalmente nos habla de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético y que suele iniciarse durante la infancia y adolescencia.¹

En su origen se involucran factores genéticos y ambientales que provocan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado de acuerdo al sexo, edad y talla.² La Asociación Mexicana de Nutrición y Endocrinología en el año 2004, define a la obesidad como el exceso de adiposidad en el organismo, lo que origina un incremento en el peso y pone en riesgo la salud del individuo.³

La obesidad infantil se establece a través del Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$), estos criterios son aplicables en niños a partir de los 2 años de edad. El punto de corte para el diagnóstico de sobrepeso se ubica en el percentil 75 y para obesidad en el percentil 85.3

En este momento es importante señalar que con relativa frecuencia se utilizan como sinónimos los términos obesidad y sobrepeso, sin embargo no lo son, en la obesidad existe a una excesiva acumulación de energía en forma de grasa corporal y en el sobrepeso existe un peso corporal mayor en relación al valor ideal esperado, pero que sin embargo no rebasa los percentiles establecidos.⁴

La incidencia y prevalencia de la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y hasta 60 a 70% en los adultos.⁵ De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2006) se encontró que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños (77%) comparados con las niñas (47%); los resultados señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares. Esta misma encuesta indica que el sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años fue de alrededor de 26% para ambos sexos, cifra que comparada con la prevalencia del año 1999 (18.6%) traduce un incremento de 39.7% en tan sólo 7 años.

Por otra parte, en una reunión para analizar los resultados de ENSA con un Grupo de Trabajo de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de los Estados Unidos de América, se estimó que con la encuesta realizada en México en el 2000 y la encuesta del 2006 la prevalencia de obesidad en el sexo masculino en las edades de 12 a 17 años aumentó de 9.2 a 11.8% y en el sexo femenino de la misma edad fue de 6.8 a 10.6%. Estos resultados son similares a lo observado en el mundo, donde se calcula que 3% de los niños preescolares y el 10% de niños en edad escolar tienen sobrepeso y alrededor del 60% de ellos tienen un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, en tanto que más del 25% tiene dos o más factores de riesgo. Así, pues, la obesidad infantil es un grave peligro para la salud, al aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, a tal grado que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera este padecimiento en términos de una epidemia mundial.⁴

A continuación se señalan los principales factores de riesgo para desarrollar obesidad:

Conductuales ^{6, 7, 8}

- ❖ Disminución de la actividad física
- ❖ Aumento en las horas dedicadas a la televisión, videojuegos y computadoras
- ❖ Abandono del desayuno e incremento en el almuerzo
- ❖ Horarios de comida no establecidos que propician largos periodos de ayuno
- ❖ Hábitos alimentarios inadecuados (dietas altas en lípidos, hidratos de carbono refinados y aumento en el consumo de alimentos industrializados)
- ❖ Familias en las cuales ambos padres trabajan
- ❖ Bajo consumo de verduras, vegetales y fibra
- ❖ Madres con conductas dominante, protectora en exceso y padre débil
- ❖ Carencia de sensibilidad, calidez y de apoyo hacia el niño

Biológicos^{6,7}

- ❖ Antecedente de obesidad en familiares de primer grado (si uno de los padres es obeso el riesgo de sufrir obesidad en el niño se triplica)
- ❖ Ablactación antes de los 6 meses de edad
- ❖ Hijo de madre con diabetes gestacional o mellitus
- ❖ Retraso en el crecimiento uterino
- ❖ Nivel socioeconómico y cultural bajo

El modelo ecológico del proceso salud-enfermedad, parecer ser el que mejor explica la tan compleja y multifactorial historia natural de la obesidad. A través de utilizar la tríada epidemiológica clásica: huésped, vector y ambiente desde una perspectiva tridimensional, que permite incluir la influencia del tiempo y espacio. Se acepta que las cargas biológicas (genéticas) del huésped solo contribuyen entre el 30 y 70% en la presentación de obesidad, en tanto que las condiciones del ambiente tienen un impacto de 70 y 95%; esto quiere decir que el impacto biológico se ve fuertemente modulado por los comportamientos, actitudes y conocimientos relacionados con los estilos de vida y que son aprendidos dentro de la familia y la sociedad en que el individuo se desenvuelve.

Ahora bien dependiente de la época y lugar la obesidad ha tenido diversos significados y por ende existen diversos vectores que promueven o evitan la obesidad. En la actualidad los avances tecnológicos son vectores que promueven la inactividad física, entre las maquinas que reducen el trabajo de los individuos se encuentran los ascensores, escaleras eléctricas, automóviles, etc., y aquellas que promocionan el ocio pasivo como la televisión, videojuegos, etc.

Otro vector importante son los medios de comunicación masiva que promueven una cultura de consumismo e inactividad, de tal manera que la obesidad puede tener un origen endógeno y exógeno.⁹

Obesidad exógena.

En México se dice que 95% de los cuadros de obesidad son debidos a esta causa, ya que es evidente la modificación de nuestros antiguos patrones de alimentación a favor de dietas rápidas con un alto valor calórico y la disminución en el grado de actividad física. En cuanto al gasto energético, el factor que determina en mayor medida la aparición de obesidad en niños y adolescentes es el sedentarismo producto del esquema de las condiciones de

la vida urbana lo que con lleva a un mayor tiempo dedicado a ver la televisión y a los video juegos. En la población mexicana se estimó que cada hora de televisión incrementa 12 % el riesgo de obesidad en niños de 9-16 años, en los cuales se encontró que dedican en promedio de 4.1 +/- 2.2 horas / día a ver televisión o a jugar video juegos.¹⁰

Obesidad endógena.

La evaluación genética ha encontrado que si ambos padres son obesos los hijos tienen 65 a 80% de probabilidad de ser obesos. Si solo un padre es obeso el riesgo de obesidad de sus hijos es de 40-50% y si ninguno de sus padres es obeso la probabilidad se reduce a 9-14%.

La búsqueda de genes relacionados con la obesidad nutricional ha tenido buena acogida en los últimos años; al haberse demostrado deficiencia congénita de leptina en niños con obesidad de comienzo precoz. Otros genes relacionados con la obesidad son la proteína desacoplante, receptor beta3-adrenergico, pro-opiomelanocortina, melacortina y neuropeptido.¹¹

El exceso de tejido adiposo intraabdominal, produce abundancia de ácidos grasos libres en sangre, como un mecanismo regulador el organismo dirige a estos ácidos grasos hacia el hígado, sin embargo debido a su alta concentración la capacidad hepática se ve rebasada, manteniendo así niveles sanguíneos elevados, lo que paralelamente produce que el páncreas libere mayores concentraciones de insulina. Teniendo como efecto la persistencia de hipertrigliceridemia (con el evidente incremento del riesgo cardiovascular) y la aparición de hiperinsulinemia (mayor riesgo de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, síndrome metabólico, etc.). Condiciones que finalmente van a promover el desarrollo de aterosclerosis.¹²

El control del peso corporal está asegurado por una serie de señales periféricas (péptidos, neurotransmisores y hormonas) que llegan al sistema nervioso central, informándolo de la situación de ayunas/ingesta y estado de los depósitos energéticos. En el cerebro se integra toda esta información y se organiza la respuesta que llegará a la periferia a través de fibras simpáticas.

La consecución de un adecuado equilibrio energético se establece a través de un complejo mecanismo que actúa fundamentalmente a tres niveles: aparato digestivo, tejido adiposo y sistema nervioso.

1. Aparato digestivo. La distensión gástrica producida por la llegada de alimentos al estómago provoca las primeras señales que se transmitirán al cerebro por vía vagal. Al mismo tiempo induce la secreción de una serie de péptidos; ambas señales colaboran para crear saciedad y finalizar la ingesta. Aunque la colecistocinina es el péptido saciante más potente y mejor estudiado, se han identificado otros muchos, segregados por las células endocrinas gastrointestinales, como la gastrina, la bombesina, el péptido liberador de gastrina, la neuromedina B, el péptido análogo glucagón 1 (GLP-1) y hormonas pancreáticas como la insulina y el glucagón. También a nivel gástrico se segregan hormonas como la leptina gástrica, liberada en respuesta a la llegada de alimentos al estómago, y la grelina, de conocimiento más moderno con importante papel en la inducción a la ingesta. Finalmente, los

depósitos del glucógeno hepático también proporcionan información al hipotálamo por vía vagal, para estimular adecuadas respuestas de hambre/saciedad en función de ellos.

2. Tejido adiposo, hoy se reconoce como un órgano fundamental en la regulación energética dotado de acciones locales (autocrinas y paracrinas) y a distancia en el cerebro, músculo, páncreas e hígado (endocrinas). Desde el tejido adiposo se emiten señales al cerebro, informándolo del estado de los depósitos. La leptina, segregada de forma preferente (aunque no exclusiva) en los adipocitos, es la hormona mejor conocida. La adiponectina es otra hormona segregada por los adipocitos entre cuyas funciones está la cooperación en la acción insulínica en el tejido muscular y hepático. Mientras que la leptina circulante es proporcional a la cantidad de tejido adiposo las concentraciones plasmáticas de adiponectina se reducen al aumentar la masa grasa.

3. Sistema nervioso. Al cerebro llega la información desde el tracto gastrointestinal y el tejido adiposo a través de la circulación o por vía vagal y éste elabora una compleja respuesta que llegará a la periferia por las terminaciones simpáticas. La grelina, liberada en el tracto gastrointestinal por efecto del ayuno, es inhibida por la llegada de comida al estómago, actúa sobre las neuronas del núcleo lateral del hipotálamo estimulando la liberación de neuropéptido Y (NPY) (orexígeno), al mismo tiempo que la hormona de crecimiento. La insulina es otra hormona fundamental en el control del peso a más largo plazo. La concentración de insulina es proporcional al grado de adiposidad y llega al cerebro a través de la circulación proporcionando información de las reservas energéticas. Su efecto se establece sobre el NPY, inhibiéndolo.¹³

La dieta aporta la energía necesaria para mantener las diferentes partes de que consta el gasto energético total. La producción de calor se ha localizado en el tejido adiposo marrón (TAM), abundante y bien individualizado en el feto. En él se lleva a cabo la termogénesis facultativa o adaptativa, entendiéndose por tal al conjunto de procesos bioquímicos que liberan calor en respuesta al frío o a una dieta hipercalórica. El TAM está muy vascularizado e innervado y sus células contienen grasa y abundantes mitocondrias. Estas mitocondrias contienen una proteína especial, la termogenina o proteína desacoplante mitocondrial, también llamada UCP-1 (uncoupling protein-1) y su función es la producción de calor, independiente de la oxidación del adenosintrifosfato 23 (ATP23).

Por otra parte, la (uncoupling protein-3) UCP-3 es responsable de la termogénesis en el tejido muscular y la (uncoupling protein-2) UCP-2 está distribuida en numerosos tejidos. El tejido adiposo blanco, contribuye a evitar la pérdida de calor y de esta forma disminuye el gasto en los obesos. Los adipocitos blancos tienen receptores adrenérgicos de tipo 1 y 2, a los que llegan las catecolaminas como respuesta a la necesidad de incrementar la lipólisis.

En términos generales, el peso corporal se correlaciona directamente con la grasa corporal total, de manera tal que resulta un parámetro adecuado para "cuantificar" el grado de obesidad. En la práctica clínica está es la primera

herramienta utilizada para valorar el grado de sobrepeso u obesidad, utilizándose para esto tablas e índices para su valoración.¹⁴

a) Tablas de peso. Toman en cuenta el sexo, talla, raza y constitución física del individuo. Tienen un uso ampliamente difundido, y los valores normales se han establecido a través de la observación de diferencias notorias en el riesgo de mortalidad entre grupos de individuos obesos con respecto a individuos de "peso deseable" para su edad y sexo. Su inconveniente es que no pueden ser extrapoladas de una población a otra.

b) Índices. El más comúnmente usado es el IMC el cual ofrece la ventaja de correlacionarse en un 80% con la cuantía de tejido adiposo y de forma directamente proporcional con el riesgo de morbilidad.

Sin duda alguna un evento secundario a la obesidad es el desarrollo de complicaciones de la misma las que pueden presentarse a corto y largo plazo.

Complicaciones a corto plazo

a) Psicológicas y sociales. Se ha identificado mayor frecuencia de trastornos depresivos y ansiosos, insatisfacción con su imagen corporal y baja autoestima en niños obesos. Esta frecuencia es superior en chicas que en chicos y se incrementa con la edad. Es difícil saber si los trastornos psicológicos preceden a la obesidad o son consecuencia de la misma. La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetúa la obesidad.^{11,15}

b) Cardiovasculares. La hipertensión arterial sistémica es significativamente mas elevada que en niños obesos, entre un 20-50% de los niños tienen tensión arterial elevada. También se ha descrito mayor frecuencia de alteraciones del ventrículo izquierdo.

c) Metabólicas. Parece existir en los niños obesos una insulinemia significativamente superior a la de los menores no obesos y un mayor riesgo de desarrollo de diabetes tipo 1. También se han puesto de manifiesto en niños obesos tasas de HDL-colesterol significativamente mas bajas y para los chicos obesos niveles de LDL colesterol significativamente mas elevado. Además se han encontrado discordancias en las correlaciones entre estos valores y el IMC, el % de masa grasa, la distribución corporal y el perímetro abdominal. Recientemente se ha descrito una prevalencia de ferropenia superior (aproximadamente el doble) en niños obesos en los grupos de 2 -5 años y 12-16 años.¹⁶

d) Respiratorias. Se ha encontrado que la prevalencia de obesidad es más elevada entre niños asmáticos. En estudios descriptivos se ha detectado una correlación positiva entre el índice de apnea nocturna y el grado de obesidad así como una elevada prevalencia de este trastorno en la población infantil obesa estudiada.¹⁷

e) Músculo esquelético. No han sido identificados estudios específicos que evalúen la incidencia o prevalencia de este tipo de trastorno aunque existen estudios descriptivos de series de casos que han estimado una mayor prevalencia de obesidad en menores diagnosticados de genu valgum y de epifisiolisis de la cabeza femoral.¹⁸

Complicaciones a largo plazo

a) Persistencia de la obesidad en la edad adulta. Se ha establecido la probabilidad de que la obesidad de la infancia persista en la edad adulta oscila entre 20-50% antes de la pubertad y entre 40-70% después de esta. Esta frecuencia se incrementa cuando se asocia al antecedente de obesidad en los padres. No se ha podido demostrar en lactantes obesos un incremento en el riesgo de obesidad adulta ni en la morbilidad asociada a la obesidad infantil. También señala que el 8 al 13% (riesgo atribuible) de las obesidades adultas podrían haber sido evitadas si se hubieran tratado en la infancia ya que la mayoría fueron obesidades de instauración en la edad adulta.^{9,18}

b) Incremento de la Mortalidad en la edad adulta. En los adultos obesos con antecedente de obesidad durante su infancia o adolescencia, se ha demostrado un exceso de mortalidad en comparación con los que no presentan este antecedente. En general, la existencia de sobrepeso o de obesidad en la infancia y/o adolescencia se ha asociado de forma inconstante a un aumento de riesgo de muerte en la edad adulta y los factores de confusión (como el tabaquismo o el IMC en la edad adulta) raramente han sido tenidos en cuenta lo que no permite diferenciar el riesgo real del antecedente de obesidad en la infancia.

c) Incremento de la Morbilidad. La obesidad está relacionada con la hipertensión arterial así como a otros problemas cardiovasculares como isquemia e insuficiencia cardíaca, el trabajo al que está sometido el miocardio es mayor en sujeto obeso, ya que la excesiva masa de tejido adiposo requiere aumento en la vascularización, por lo que se necesita un mayor volumen sanguíneo circulante, esta hipervolemia equivale a elevación del volumen intravascular por lo que el gasto cardíaco aumentará. Aunque se han identificado estudios que intentan establecer una relación con la aparición de patologías en la edad adulta, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, calcificaciones coronarias, anomalías lipídicas o glicemias y cáncer.^{15,18}

La evaluación nutricional del niño se establece a través de la exploración clínica, esta debe realizarse con el paciente desnudo o en ropa interior para identificar aspectos relacionados con la constitución, así como la presencia de alteraciones fenotípicas y/o signos de enfermedad.

El segundo paso de la evaluación clínica de la obesidad, es la antropometría, para ello es necesario determinar los valores del IMC a través de identificar peso y talla del menor. El IMC es el parámetro más frecuentemente usado para valorar el exceso de grasa corporal, ya que es muy fácil de determinar y tiende a correlacionarse bastante bien con el compartimento graso. Este índice presenta variaciones de acuerdo a la edad y sexo, por lo que existen puntos de

corte diferentes de acuerdo a los criterios internacionales para los que se mencionan en la presentada en la tabla del anexo 4. La medición de los pliegues cutáneos es otro de los procedimientos importantes para evaluar la obesidad. Los pliegues más utilizados son el tríceps y el subescapular.^{10,19}

El estudio de los estilos parentales es un tema actual que permite analizar las diferentes formas de crianza, caracterizada por la historia cultural del contexto social y su influencia en el comportamiento de los padres y de los hijos. Recientemente, el concepto “estilo parental” ha sido utilizado para designar algunos de los patrones de conducta más o menos perdurables que los padres utilizan en la crianza de sus hijos y que determinan el ambiente social y el contexto emocional.²⁰

Es decir hablan de la influencia que ejercen los padres sobre el desarrollo de los hijos. Por su lado Darling y Steinberg, definen el “estilo parental” como los modo de crianza utilizado por los padres, que se encuentran determinados por una constelación de expectativas que se tienen hacia los hijos y que les son comunicadas de manera verbal y no verbal, lo que en conjunto crean un clima emocional familiar.^{21,22} Diana Baumrid define este concepto como los patrones de conducta exhibidos por los padres y que tienen una repercusión en el funcionamiento psicológico y social de los hijos.^{20,23}

El estudio de los estilos parentales, tienen su origen después de la Primera Guerra Mundial, cuando un grupo de científicos dedicados al estudio de la conducta, identificó que los niños huérfanos, aún cuando gozaban de excelentes condiciones de higiene y alimentación, eran más vulnerables a la enfermedad, presentaban un retraso importante de su desarrollo y una menor vitalidad, en comparación con los niños que convivían con sus padres. Es así como emerge en Europa por primera vez el concepto de “deprivación psicológica”.²⁴ Poco tiempo después, un grupo de científicos clínicos confirman el efecto negativo que tiene el desarrollo de la personalidad del infante, en relación con la prolongada estancia institucional y/o los frecuentes cambios de la figura materna durante los primeros años de vida.

En el año 1951 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica el informe “Maternal Care and Mental Health” (“cuidado materno y salud mental”), el cual hace patente la influencia negativa del desarrollo de la personalidad del niño, con respecto al cuidado materno deficiente. Años más tarde Rally Provence y Rose Lipton, demuestran que los niños integrados a instituciones de asistencia pública presentaban un retraso en su desarrollo, comparado con los niños que vivían en familia, haciendo patentes los múltiples efectos que tiene la “deprivación del cuidado materno”.²¹

La deprivación materna, puede originarse en tres situaciones posibles, aunque en la práctica es frecuente encontrar una mezcla de ellas.²⁴

1. Distorsión de la actitud materna, la madre físicamente esta presente, sin embargo establece una relación disfuncional con el hijo, existen múltiples argumentos para justificar esta situación, por ejemplo exceso de trabajo dentro y fuera del hogar, labilidad emocional, problemas de pareja,

adiciones y hasta alteraciones psiquiátricas. Un niño criado en su propio hogar puede sufrir deprivación materna, ya que sólo cuenta con la presencia física desprovista de apoyo cálido y emocional de la madre.

2. Separación materna, en estos casos el niño ha vivido con su madre por un determinado tiempo, hasta que es separado de ella, ya sea para asistir a una institución educativa, por ingreso de la madre a trabajo remunerado o incluso hasta por muerte. Aunque este cambio es impactante, la posibilidad de mantener una relación afectiva cálida con la figura materna sigue existiendo o bien con la madre sustituta, siempre y cuando esta sea una relación que nutre física y espiritualmente al menor.
3. Maternidad múltiple, se presenta cuando el niño está rodeado y atendido por varias figuras maternas de manera simultánea. En cierta medida, caracteriza a la familia occidental moderna, en que por razones de desarrollo profesional y/o económico de la madre, es delegada la crianza del niño en otras mujeres. Un niño privado de una figura materna estable y sólida, no sólo carece de una fuente de estímulos afectivos y sociales, que promuevan su desarrollo psicomotor, sino además, no dispone de alguien que de continuidad a su desarrollo y crecimiento.

Es así como se empieza a reconocer la importancia que tiene la primera relación establecida por el infante, la cual generalmente es con la madre. Lo que ha conducido a concentrarse en las características del vínculo entre progenitora e hijo. Este marco conceptual involucra aquellos fenómenos por los que se interesaba Freud y que años más tarde condujeron al desarrollo de la Teoría del Apego. Bowlby (1983) considero el apego como un sistema de control dirigido al objetivo, motivado por la necesidad del infante de sentir seguridad. Es decir, cualquier forma de comportamiento que hace que una persona sienta proximidad con respecto a otra persona identificada y preferida. Rubin (1974) define el apego como sinónimo de amor, remarcando que tanto el apego como el amor son componentes básicos en la formación de las relaciones de amor. Por otro lado, Tzeng (1992) lo define como un proceso que implica dinámicas emocionales y funciones biológicas que conducen al amor romántico. Bowlby (1989) al hacer revisiones de investigaciones, encontró que la influencia de los padres es determinante para ejercer la propia maternidad o paternidad, asegura que las infancias felices darán como resultado actitudes paternas más adecuadas, siendo más sensibles a las demandas de los hijos y proporcionando contacto físico protector y afectivo.

Por otro lado, las infancias perturbadas, con maltratos físicos y psicológicos, dan como resultado dificultades en la maternidad o paternidad reflejándose en la poca interacción establecida con los hijos.²⁵

En el año de 1962 Mary Ainsworth y Harry Harlow continúan este campo de investigación hasta consolidar el desarrollo de la teoría de la deprivación materna.³ Como puede observarse el vínculo afectivo madre-hijo ha constituido un tema de investigación que apasiona a buena parte de los investigadores.

Actualmente se ha demostrado y aceptado que el tipo de vínculo afectivo que el niño establece con su madre (seguro versus inseguro) contribuye a formar su comportamiento y sus reacciones ante las diferentes situaciones sociales presentes y futuras. Este vínculo tiene su origen en la necesidad básica del ser humano de relacionarse con los otros y se ha denominado "apego".²³

Se postulan dos vías de construcción del vínculo afectivo: la primaria - relacionada con la satisfacción básica de supervivencia y la secundaria - relacionada con la necesidad de relación interpersonal que en algunas ocasiones es calificada como necesidad de dependencia. Durante el desarrollo de los individuos estas vías son sustituidas por otras conductas de apego como la dependencia patológica a drogas, personas u objetos.²¹

De acuerdo al vínculo establecido entre niño-madre (o cuidador), se establecen los siguientes estilos de apego:

1. Estilo de apego seguro: se ve favorecido por las conductas seguras, accesibles y colaboradoras de los progenitores, esto les permite ser sensibles a las necesidades del niño, proporcionarle afecto, protección y consuelo cuando este lo necesita. Consecuentemente a esta conducta de los padres el menor está en posibilidad de explorar el mundo con seguridad.
2. Estilo de apego ansioso-resistente: se presenta cuando los progenitores muestran conductas inseguras, inconstantes y poco sensibles a las necesidades del hijo. El mensaje enviado al niño, lo hace experimentar poca seguridad de contar con sus progenitores en una situación amenazante, esto le lleva a tener incertidumbre en la relación, por lo que se muestra ansioso frente a la exploración del mundo.
3. Estilo de apego ansioso evasivo: se encuentra un oculto conflicto en los progenitores, que les lleva a establecer una relación de rechazo con el hijo. Consecuentemente el niño tiene total desconfianza de sus progenitores, intenta ser emocionalmente autosuficiente y esto va a derivar en ser un individuo que evite el amor y apoyo de los demás.²⁶

Ainsworth y col. (1978), determinaron 4 tipos distintos de estilos de apego:

a) Apego seguro, caracterizado por una demostración apropiada de angustia cuando los cuidadores se van, seguida de una conducta reconfortante y comportamiento positivos al regreso de los mismos

b) Apego de ansiedad/ambivalencia, donde el individuo está inseguro de si su progenitor será accesible o sensible o si le ayudará cuando lo necesita

c) Apego de evitación, caracterizado por una reacción defensiva y de rechazo hacia el objeto de apego, evitando al cuidador y exhibiendo señales de separación con angustia

d) Apego desorganizado, caracterizado por una conducta variable, inconsistente y contradictoria. Cabe mencionar que los estilos de apego tienen influencia en el desenvolvimiento y desarrollo de los seres humanos, por lo que se ven reflejados en el funcionamiento general de los mismos.

Es importante señalar que la conducta ligada al apego no está limitada exclusivamente a la relación niño-madre durante la infancia, sin negar la influencia de las experiencias que la vida va ofreciendo, podemos decir que la conducta de apego se conserva a lo largo de la vida de los individuos. Situación que influirá en las pautas de relación que establezca el niño en la etapa adulta, facilitándole o entorpeciendo sus relaciones afectivas.^{21,22}

Bartholomew y Horowitz en 1991, describieron las siguientes características relacionales con base a los estilos de apego que establecieron en la infancia.²⁷

1. Individuos desarrollados en un estilo de apego seguro: generalmente dicen: “me resulta fácil intimar con los demás”, “estoy cómodo cuando dependo de

ellos y ellos dependen de mí”, “no suelo preocuparme por que vayan a abandonarme por que hayan intimado demasiado con alguien”.

2. Individuos desarrollados en un estilo de apego ansioso resistente: el tipo ansioso señala: “me siento incomodo cuando intimo con otras personas”, “me resulta difícil confiar plenamente en los demás”, “me es difícil depender de ellos por completo”, “me pone nervioso la cercanía con los demás”, “mis parejas amorosas suelen querer que nuestra relación sea mas intima de lo que yo quiero”. El tipo preocupado señala: “me gustaría tener relaciones con una intimidad absoluta con los demás”, “me siento incomodo si no tengo relaciones cercanas que pueda controlar”.
3. Individuos desarrollados en un estilo de apego ansioso evasivo: expresan: “me siento algo incomodo cuando intimo con los demás”, “quiero tener relaciones cercanas emocionalmente pero me resulta difícil confiar plenamente en los demás o depender de ellos”, “a veces me preocupa que me hieran si intimo demasiado con ellos”.

Es incuestionable también que cada individuo repite los estilos de apego que vivió en su infancia en su relación de pareja, Shaver y Hazan (1988), consideran como premisa que el amor de pareja es una de las relaciones de apego más estrechas que se conocen, ya que se establecen vínculos afectivos duraderos y complejos.^{27,28}

1. Estilo de apego seguro: les permite establecer una relación de pareja segura, que facilita el crecimiento y desarrollo de ambos, con la certeza de saber que se cuenta con el apoyo y tolerancia del otro.
2. Estilo de apego ansioso resistente: los cónyuges se caracterizan por presentar un estado de ansiedad crónica, debida a la inseguridad que sienten de si mismo y al temor de perder al ser amado.
3. Estilo de apego ansioso evasivo: los cónyuges presentan un franco sentimiento de devaluación y de desconfianza en si mismos, que les impide establecer lazos de cercanía y amor con el otro, constantemente realizan actos fallidos que les aseguran una distancia con la persona amada.

Finalmente el estilo de apego establecido en la infancia, también tiene su impacto en la relación establecida con los hijos. Darling y Steinberg (1993) denominan a esta interacción como estilo parental y la definen como el “conjunto de actitudes y conductas que los padres comunican de manera verbal y no verbal a los hijos y que en su conjunto crean un ambiente emocional determinado.”²⁹

Baumrind (1967,1971) señala que los estilos parentales están determinados por dos dimensiones: a) el porcentaje de cuidado y ternura que demuestran los padres hacia los hijos y b) el porcentaje de control que ejercen sobre las actividades de los hijos.

La combinación de estas dimensiones generan los cuatro estilos parentales básicos que a continuación se describen:

a) **Autoritario.** Se restringe la ternura y se ejerce un fuerte control, caracterizado por padres exigentes que prestan poca atención a las necesidades de sus hijos. Las exigencias de este tipo de padres no están balanceadas con las necesidades de sus hijos, la mayoría de las veces se relacionan con ellos para dictarles órdenes, éstas no pueden ser cuestionadas

ni negociadas; los padres se esfuerzan por remarcar quién es la autoridad; cuando los hijos no obedecen se les castiga, no estimulan la independencia e individualidad de los hijos.

b) **Autoritativo**. Son padres altamente cariñosos y moderados en términos de control paterno en lo relativo al comportamiento de los hijos, facilitando el desarrollo de la competencia social, son padres exigentes que atienden las necesidades de sus hijos, establecen estándares claros, son firmes en sus reglas y usan sanciones si lo consideran necesario, apoyan la individualidad e independencia de sus hijos, promueven la comunicación abierta, escuchan sus puntos de vista, dialogan con ellos y reconocen tanto los derechos de sus hijos como los suyos propios.

c) **Permisivo**. Se proporciona un nivel moderado a alto de cuidado y menos control paterno, existe inconsistencia en cuanto a la aplicación de la disciplina, aceptando impulsos y deseos de los hijos. Son padres poco exigentes, que atienden las necesidades de sus hijos. Este tipo de padres tienen una actitud tolerante a los impulsos de los hijos, usan muy poco el castigo como medida disciplinaria, dejan que los hijos tomen sus propias decisiones, establecen pocas reglas de comportamiento y son afectuosos con sus hijos.

d) **Negligente**. En este se incluyen a los padres que carecen tanto del compromiso con los hijos como de la supervisión adecuada, son padres con poca exigencia y poca atención a las necesidades de sus hijos. Estos padres son muy parecidos al estilo anterior, pero la principal diferencia es la poca atención que ponen a los hijos y las escasas muestras de afecto que les prodigan.

Parker (1996) describe 4 estilos parentales diferenciados por dos ejes: control y cuidado. Estos estilos son:

- a) Cuidado óptimo, definidos por alto cuidado y baja sobreprotección,
- b) Compulsión afectiva, combinación de excesivo cuidado y excesiva sobreprotección
- c) Control sin afecto, identificado por una sobre protección y escaso cuidado
- d) Negligente o descuidado, combinación de bajo cuidado y baja protección.

Las investigaciones han mostrado que los estilos parentales se encuentran relacionados con los diversos comportamientos exhibidos por los hijos, en las relaciones que establece en sus relaciones sociales (amigos, escuelas, clubes, etc.).

Los niños criados con estilo autoritario tienen la tendencia de ser ansiosos, retirados y muestran poca facilidad para gozar de los grandes o pequeños eventos de la vida, también presentan poca tolerancia a la frustración, parecen carentes de espontaneidad, curiosidad y originalidad, generalmente son dominados por sus compañeros, estos efectos son mas marcados en los niños que en las niñas, pero tienden a ser muy obedientes, a tener altas calificaciones en la escuela y usualmente no se involucran en comportamientos antisociales.

El estilo parental que se correlaciona con un buen funcionamiento psicológico y social en los menores es el asertivo-convincente o autoritativo , este estilo parece facilitar la adaptación social, el desarrollo de las competencias sociales y la autoestima escolar del niño, también se le ha correlacionado con la creatividad, con bajos niveles a la frustración, el compromiso efectivo con el estudio, las estrategias de aprendizaje, el buen desempeño académico, la madurez psicológica, la motivación intrínseca, autonomía, capacidad de

relación y la autorregulación del comportamiento. Tienen una disposición feliz, son autosuficientes y son seguros de sus habilidades para completar deberes desafiantes, por lo que tienden a tener control sobre sus emociones y habilidades sociales.

Las características generales de los niños y niñas que han crecido con padres de este tipo son: competentes social y académicamente, con buena autoestima y un ajuste psicológico adecuado a su edad.^{30, 31,32}

El estilo permisivo se relaciona con niños que muestran un pobre control emocional, baja tolerancia a la frustración, falta de control de su impulsividad, lo que los hace ser inmaduros para su edad, con pocas habilidades sociales y cognitivas, por lo que presentan baja permanencia con sus deberes.

De tal manera que los niños criados en el estilo parental negligente se relacionan con un bajo desempeño escolar, problemas de autocontrol y muestran una conducta antisocial en la escuela así como en la sociedad en general.³³

Antecedentes científicos

En la actualidad la obesidad se ha convertido en la enfermedad pediátrica crónica más frecuente y temida, a pesar de los esfuerzos realizados para combatirla ha adquirido dimensiones epidémicas. Los mecanismos responsables de este comportamiento no son del todo entendidos, pero los cambios de modo de vivir asociados con la ingesta calórica aumentada y el gasto de energía disminuido juegan un papel importante. Por lo tanto la prevención y el tratamiento de obesidad deben comenzar durante la niñez, etapa en que se adquieren los hábitos de vida.³⁴

Existen dos factores predisponentes en la aparición de los trastornos alimentarios, estos son: la influencia sociocultural y la influencia de la personalidad. Sin embargo, existen otras variables estudiadas y analizadas que han sido consideradas como relevantes para la comprensión de este problema como son las variables de tipo familiar donde se destacan las actitudes de los adolescentes, los comportamientos y estilos educativos parentales.³⁵

No cabe duda de que existen múltiples factores que predisponen al niño para padecer sobre peso u obesidad, a través de la influencia social, cultural, familiar (estilo parental) e individual. Minuchin (1978) y Selvini Palazzoli (1995) entre otros, concluyen la influencia que la familia tiene en mediar y moderar los trastornos alimentarios.³⁶

La familia es el lugar donde puede encontrarse el amor, la comprensión y el apoyo, ante los aparentes fracasos que enfrenta el individuo. En el desarrollo de una persona, la familia tiene un lugar muy importante ya que son los padres los que tienen a su cargo la creación y desarrollo de seres humanos. Sin embargo esta unión familiar puede traer consigo conflictos que repercuten en el desarrollo de los hijos. Existe una larga tradición en el estudio de las relaciones entre padres e hijos, el modelo tradicional de socialización familiar tenía cierto carácter de exclusividad y unidireccionalidad (los padres eran casi los únicos agentes implicados en la socialización de los hijos además de ser los que influían en ellos, pero no al contrario). Los estudios basados en este modelo clasifican a los padres, según las dimensiones de afecto-comunicación y exigencias-control, en cuatro tipologías: democráticos, autoritarios, negligentes y permisivos. Se asume que cada uno de estos estilos tienen consecuencias directas (positivas o negativas) en el comportamiento del niño/a, y que sus efectos son los mismos, independientemente de la edad o de las características psicológicas de los hijos.³⁷

Hilde Bruch (1993), observó que los niños obesos pertenecían a familias caracterizadas por una madre dominante, protectora en exceso, un padre débil y una carencia de sensibilidad, calor y el apoyo hacia el niño obeso. Más tarde, los estudios también sugirieron que la obesidad infantil pudiera estar asociada con algunas características específicas de la familia, como la cohesión, el conflicto, desorganización, una carencia de interés en actividades sociales y culturales, así como negligencia paternal. Otros estudios, sin embargo, no apoyan esta hipótesis.³⁷

En un estudio realizado en Australia occidental realizado entre 2004-2005, se investigó sobre la relación del peso del niño con una amplia gama de factores familiares y maternos. Se encontró que la obesidad infantil no está asociada con factores maternos adversos o características de la familia como la depresión materna, acontecimientos negativos de la vida, el pobre funcionamiento general de la familia o el estilo parental ineficaz. Una variable significativa fue el sobrepeso u obesidad de la madre lo que aumentó la probabilidad de que un niño tenga sobrepeso u obesidad.⁸

En los Estados Unidos de América se realizó durante 1991 un estudio en 872 madres, donde se encontraron 34.1 % de madres autoritarias, 30.1% de madres negligentes, 20.5% de madres autoritativas, y 15.1% de madres permisivas, determinando la relación que existe entre los cuatro estilos parentales y el sobrepeso en los niños. Se encontró que el estilo autoritario se asociaba con alto riesgo de sobrepeso en los niños. Los niños con madres de estilo autoritario tenían mayor riesgo de inicio de sobrepeso comparado con los niños de madres de estilos autoritativos. Niños con madres de estilo permisivo y negligente tuvieron mayor riesgo de tener niños con sobrepeso en comparación con los niños de madres autoritativas.²⁰

N. Ibáñez y cols. En un estudio sobre la construcción del vínculo parental en adolescentes con trastornos de la alimentación, la figura materna que predominó fue la de intrusivas y controladoras, en tanto que los padres tendían a depositar su autoridad en la madre y asumían un rol periférico.³⁶

Planteamiento del problema

Justificación

Como es bien sabido en la actualidad la obesidad infantil presenta un comportamiento alarmante ascendente a nivel mundial. La prevalencia registrada en México, no escapa a esta situación, con la globalización alcanzada con el avance tecnológico se ha producido un cambio radical sobre los estilos de vida en nuestro país, como resultado de ello han aparecido nuevas enfermedades, entre las que destaca la obesidad.

La obesidad es una entidad que condiciona cambios fisiopatológicos importantes sobre la esfera biológica, psicológica y social; se ha reconocido que la obesidad en los niños esta relacionada con problemas endocrinos a edades cada vez más tempranas, así como alteraciones del sistema músculo-esquelético, etc. En el área psicológica frecuentemente origina problemas emocionales relacionados con la autoaceptación, autoimagen y autoestima. Sin olvidar que socialmente los niños obesos son rechazados o ridiculizados. Lo que les afecta de manera importante en su desarrollo integral, lo que explica porque estos niños tienden a retraerse y preferir actividades solitarias en casa, que les evita ser blanco de discriminación.

La evidencia científica señala que la etiología de la obesidad es multifactorial, haciendo énfasis en que si bien la carga genética tiene un papel primordial, para que esta se exprese se requiere de condiciones ambientales propicias.

A partir de que se reconoció la importancia y repercusión que sobre el comportamiento de todo individuo, tiene la relación establecida con su madre durante sus primeros años de vida; es que se inicia un fructífero campo de estudio que relaciona la influencia de los aspectos psicológicos sobre los aspectos biológicos (enfermedades psicosomáticas, depresión, obesidad, etc.). Los estilos parentales hacen referencia a los tipos de conductas utilizados por los padres en la educación de los hijos, en años recientes se observó que los niños con trastornos alimenticios generalmente pertenecen a familias con madres dominantes y sobreprotectoras, en tanto que la figura paterna se muestra débil, carente de sensibilidad, calor y el apoyo hacia el niño.

Pregunta de investigación.

Con base al perfil epidemiológico de la población mexicana, el Instituto Mexicano del Seguro Social, ha adoptado como modelo de atención médica a la prevención. Básicamente la detección y manejo de la obesidad es el eje a través del cual se busca disminuir la incidencia de las enfermedades crónicas degenerativas. Para ello se estableció la estrategia educativa denominada grupos de atención a personas con sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes. Desafortunadamente en esta estrategia se dejó de lado el problema de obesidad en niños, población más susceptible de modificar su estilo de vida. Existe controversia sobre el papel que guardan los padres en la génesis de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes, sin embargo los estudios coinciden en señalar que el papel de la madre como educadora y figura de autoridad incide sobre la salud o enfermedad de sus hijos.

Considerando que en nuestro medio es cada vez más frecuente observar niños obesos y que desconocemos cuales son los estilos parentales utilizados por sus madres, creemos conveniente plantearnos la siguiente pregunta de investigación. Ya que con sus resultados el Médico Familiar estaría en

posibilidad de establecer estrategias de consejería materna tendientes a modificar los estilos parentales que promueven este problema.

¿Es diferente el estilo parental utilizado por las madres de niños con peso normal, sobrepeso y obesos?

Objetivos de estudio

General

Comparar el estilo parental utilizado por madres de niños con peso normal, sobrepeso y obesidad.

Específico

Identificar el estilo parental utilizado por madres de niños con peso normal, sobrepeso y obesidad.

Hipótesis de trabajo

El estilo parental autoritativo es el más frecuentemente utilizado por las madres de niños con peso normal, en tanto que es el menos utilizado por madres de niños con sobrepeso u obesidad

Diseño de estudio

Estudio observacional, descriptivo, comparativo, transversal y prolectivo

Identificación de las variables

Variable dependiente.- Estilo parental

Variable independiente.- IMC (peso normal, sobrepeso y obesidad)

Variables sociodemográfica.- Edad, estado civil, escolaridad y ocupación de la madre.

Definición conceptual y operacional de las variables

Ver cuadro de variables (anexo 1)

Universo de trabajo

Mujeres con hijos de 6 a 12 años de edad

Población de estudio

Mujeres con hijos de 6 a 12 años de edad derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Muestra de estudio

Mujeres con hijos de 6 a 12 años de edad derechohabientes de UMF 94

Determinación estadística del tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se calculó con la ayuda del programa estadístico EPI-INFO versión 6. Para ello se considero una población de 29 431 niños de 6 a 12 años de edad, una prevalencia del 30% del estilo autoritario, un peor del 20% y un nivel de confianza del 99%. Con lo que se determinó una muestra de 138 madres con niños de 6 a 12 años de edad, la cual se dividió equitativa en tres grupos: niños con peso normal, sobrepeso y obesidad.

Tipo de muestreo

Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios para la selección de la muestra

Criterios de inclusión

1. Madres de niños aparentemente sanos de 6 a 12 años de edad derechohabientes de UMF 94
2. Que refirieron no ser portadoras de padecimientos psiquiátricos (depresión, neurosis, crisis convulsivas)
3. Que sabían leer y escribir
4. Que aceptaran participar en el estudio a través de consentimiento informado

5. Que respondieran al 100% de las preguntas contenidas en el instrumento
 6. Que aceptaran que sus hijos fueran pesados y medidos
- Criterios de no inclusión.* No aplican

Procedimiento para la recolección de la información

Las participantes en el estudio fueron invitadas a pasar al consultorio 26, sitio donde se les entregó el instrumento de estilos parentales. El investigador en todo tiempo permaneció disponible para auxiliar a la entrevistada.

Una vez aplicado el instrumento, se procedió a pesar y medir al niño utilizando para ello la balanza del consultorio no 26. Se determinó IMC, todos los niños que presentaron sobrepeso u obesidad fueron enviados a Trabajo Social. Además se informó a la madre que el resultado de su encuesta se encontraría disponible en enseñanza tres días después de la entrevista.

Descripción del Instrumento

Para identificar los estilos parentales se utilizará el instrumento Escala de Lazos Parentales (Parental Bonding Instrument P.B.I). Este fue construido y validado por Gordon Parker, Hilary Tupling y L.B. Brown, investigadores de la Universidad de New South Wales (Australia), en el año 1979. Su objetivo es reconocer la percepción de la conducta y actitud de la madre en relación a sus hijos, logrando identificar el estilo parental relacionado con el vínculo establecido con los hijos. Su validez teórica se sustenta en la teoría del vínculo de John Bowlby y sus contenidos son:

Sobreprotección, esta característica es entendida como el excesivo cuidado que la madre les proporciona a los hijos. A través del control que se ejerce sobre él ya sea mediante la culpabilización, el contacto excesivo y la promoción de la infantilización. Teniendo como indicadores el consentimiento, la sobreprotección, el control y la dependencia. (alfa de Cronbach =0.83).

Cuidado, esta característica puede ser entendida como la conducta que la madre muestra con respecto a la atención proporcionada al niño con el fin de asegurar su bienestar. Desde una perspectiva positiva como la afectuosidad, la contención emocional, la empatía y la cercanía. Desde la perspectiva negativa, es entendida como la frialdad emotiva, la indiferencia y la negligencia. Sus indicadores son afecto, comunicación, independencia e individualidad (alfa de Cronbach =0.81)

Este instrumento es de auto aplicación para personas mayores de 16 años; el tiempo promedio que se requiere para ser contestado es de 15 a 30 minutos. Consta de 25 afirmaciones los ítems: 1, 2,4,5, 6, 11, 12, 14,16,17, 18, 24 evalúan el factor cuidado y los ítems 3,7,8, 9, 10, 13,15, 19, 20,21,22, 23 , 25 evalúan el factor sobreprotección. Ver anexo 2.

Tiene la característica de ser una escala tipo Lickert con 4 opciones de respuesta (siempre =3, algunas veces =2, rara vez =1 nunca =0). De este modo cada respuesta se puntúa en un rango de 0 a 3 puntos, los resultados obtenidos en la escala nos dan un puntaje que nos permiten asignar una categoría alta o baja. El punto de corte para cuidado se ubica en 27.0 y para sobreprotección en 13.5. La combinación de la suma obtenida en estos dos factores (cuidado y sobreprotección) determina cuatro tipos de lazos parentales:

Cuidado alto + sobreprotección alta = “constricción cariñosa”

AUTORITATIVO

Cuidado alto + Sobreprotección baja = “vinculo optimo”

AUTORITARIO

Cuidado bajo + Sobreprotección alta = “control sin afecto”

PERMISIVO

Cuidado bajo + Sobreprotección baja = “Vinculo ausente o débil”

NEGLIGENTE

Análisis estadístico de la información

Hipótesis alterna (Ha): Las madres de niños con peso normal utilizan diferente estilo parental que las madres de niños con sobrepeso u obesidad.

Hipótesis nula (Ho): Las madres de niños con peso normal utilizan el mismo estilo parental que las madres de niños con sobrepeso u obesidad.

Decisión estadística: Considerando el diseño del estudio, la escala de medición de la variable dependiente y el número de grupos se elige la prueba estadística de Chi cuadrada. Se rechazará Ho si la p obtenida es menor de 0.05.

Como prueba estadística inferencial se utilizo prueba de kruskall-Wallis, para determinar influencia de las variables sociodemográficas sobre la variable del estudio.

Para el análisis de las variables sociodemográficas se utilizó estadística descriptiva, promedio para las variable cuantitativa (edad) y porcentajes para las variables cualitativas (sexo y escolaridad). La presentación de los datos se realizó por medio de cuadros.

Resultados

La muestra se integró por 138 mujeres con hijos de 6-12 años de edad, considerando el índice de masa corporal de sus hijos se formaron tres subgrupos: 46 con hijos con peso normal, 46 con hijos con sobrepeso y 46 con obesidad

El *cuadro I* muestra el comportamiento de la edad de las participantes.

Como puede apreciarse la moda fue diferente entre los grupos. En las mujeres con hijos de peso normal se ubico en el rango de los 25 a 29 años, en las mujeres con hijos con sobrepesos de los 30 a 34 años y en las mujeres con hijos obesos en los 35 a 39 años. Estadísticamente esta variable resulto significativa ($p < 0.004$) con Chi cuadrada.

Cuadro I.
Edad de las mujeres en relación con el Índice de masa corporal de sus hijos.

Edad*	Índice masa corporal niños*					
	Peso normal		Sobrepeso		Obesidad	
	n	%	N	%	n	%
20-24 años	5	10.9	0	0	1	2.2
25-29 años	12	26.1	8	17.4	5	10.9
30-34 años	7	15.2	19	41.3	15	32.6
35-39 años	9	19.6	13	28.3	16	34.7
40-44 años	8	17.4	3	6.5	8	17.4
45-49 años	5	10.9	3	6.5	2	4.3
Total	46	100	46	100	46	100

Fuente: Encuesta aplicada año 2008

* Chi cuadrada $p < (0.004)$

En el *cuadro II* se muestra la distribución de las variables sociodemográficas con respecto al IMC de los niños.

La escolaridad de secundaria fue más frecuente en el grupo de niños con peso normal, al ser referida en 20(43.4%) mujeres. Los estudios de preparatoria fueron similares en los grupos con sobrepeso y obesidad al ser referida por 18(39.1%) y 34(73.9%) mujeres respectivamente. Variable que resulto no significativa ($p < 0.4$) al realizar prueba de Chi cuadrada.

El estado civil "casada" fue el más frecuentemente reportado en los tres grupos, al ser referido por 32(69.6%), 35(76.1%) y 36(78.3%) de las mujeres respectivamente. Variable que tampoco resulto significativa ($p < 0.56$).

La ocupación fue otra variable que tampoco resulto significativa ($p < 0.77$), donde se encontró que las actividades del hogar era la ocupación más referida en los tres grupos.

Cuadro II

Variables sociodemográfica de las mujeres e Índice de masa corporal de los niños

Condición*		Índice masa corporal niños*					
		Peso normal		Sobrepeso		Obesidad	
		N	%	Frec	%	Frec	%
Escolaridad	Primaria	6	13	7	15.2	2	4.3
	Secundaria	20	43.4	17	37	5	10.9
	Preparatoria	15	32.6	18	39.1	34	73.9
	Licenciatura	5	10.9	4	8.7	5	10.9
	Total	46	100	46	100	46	100
Estado civil	Soltera	1	2.2	3	6.5	3	6.5
	Casada	32	69.6	35	76.1	36	78.3
	Unión libre	9	19.6	8	17.4	5	10.9
	Divorciada	4	8.7	0	0	2	4.3
	Total	46	100	46	100	46	100
Ocupación	Hogar	35	76.1	33	71.7	26	56.5
	Comerciante	0	0	1	2.2	3	6.5
	Empleada	11	23.9	12	26.1	17	37
	Total	46	100	46	100	46	100

Fuente: Encuesta aplicada año 2008

* Chi cuadrada Escolaridad ($p=0.4$), Estado civil ($p=0.56$), Ocupación ($p=0.77$)

El estilo parental más utilizado por las participantes en el estudio fue el permisivo, siendo identificado en 29(63%) de las madres de niños con peso normal, en 32 (69.6%) con sobrepeso y 24 (52.2%) con hijos obesos, tal como lo muestra el cuadro III. Utilizando prueba de Kruskal-Wallis esta variable no tuvo significancia ($p0.08$) estadística.

Cuadro III

Estilo parental materno e Índice de masa corporal de los niños

Estilo parental*	Índice Masa Corporal*					
	Peso Normal		Sobrepeso		Obesidad	
	n	%	n	%	n	%
Autoritario	1	2.2	0	0	1	2.2
Autoritativo	14	30.4	13	28.3	21	45.7
Permisivo	29	63	32	69.6	24	52.2
Negligente	2	4.3	1	2.2	0	0
Total	46	100	46	100	46	100

Fuente: Encuesta aplicada año 2008

* Kruskal-Wallis $p(0.08)$

El cuadro IV muestra el comportamiento de una variable que no consideramos previamente. En el estudio participaron 72(52.1%) niñas y 66 (47.8%) niños. Encontrando una mayor porcentaje de mujeres en el grupo con peso normal. En tanto que el sobrepeso y obesidad fue más frecuente en los hombres. Variable que resulto significativa (p0.03).

Cuadro IV
Sexo e índice de masa corporal de los niños

Sexo	Índice de masa corporal					
	Peso normal		Sobrepeso		Obesidad	
	n	%	n	%	N	%
Masculino	16	34.8	22	47.8	28	60.9
Femenino	30	65.2	24	52.2	18	39.1
Total	46	100	46	100	46	100

Fuente: Encuesta aplicada año 2008 * Chi cuadrada 0.03

Análisis de resultados

Nuestros resultados destacan que la edad de la madre fue la única variable que influyo sobre el índice de masa corporal de los niños. De tal manera que los hijos de las madres más jóvenes no presentan problemas de peso. En tanto que el problema de sobrepeso y obesidad en niños es más frecuente entre las madres de mayor edad. Ochaita señala que si bien es cierto que los niños a medida que crecen van cambiando, también es cierto que los padres deben cambiar el patrón de relaciones y disciplina que establecen con ellos. Por tanto los padres, también cambian, y eso incide en sus relaciones familiares y estilos de crianza; sin embargo el cambio es más difícil a medida que se tiene una mayor consolidación de los patrones conductuales experimentados a lo largo de la vida.⁴¹

No identificamos diferencias significativas entre el estilo parental utilizado por madres con hijos de peso normal, sobrepeso y obesidad, resultado no acorde con otros estudios. Como el realizado por Kyung en los Estados Unidos de América, donde demostró que el estilo parental autoritario es el más utilizado en madres con hijos obesos.²⁰ Nuestro resultado podría estar relacionado con factores culturales propios de la familia mexicana.

En contraparte Gibson señala que el problema de la obesidad es de origen multifactorial, de tal manera que no podemos etiquetar el estilo parental materno como el único elemento que participa en el desarrollo de esta

patología.⁸ Desafortunadamente en nuestro estudio no consideramos otros factores culturales relacionados con la obesidad.

Llama la atención que el estilo parental más utilizado es el permisivo; lo que indica que las madres proporcionan un bajo cuidado a sus hijos, lo que es compensado con conductas sobreprotectoras. De tal manera que ante la necesidad de establecer reglas y disciplina para con el niño, utilizan mecanismos de control privados de afecto que pudieran estar influenciados por la propaganda publicitaria de alimentos de bajo valor nutricional y elevado contenido energético. Así mismo en nuestro estudio corroboramos que el problema de obesidad en niños es más frecuente en hombres.⁵

Conclusiones

1. El estilo parental permiso fue el más frecuentemente utilizado por las madres con hijos de peso normal, sobrepeso y obesidad.
2. No existe diferencias entre el estilo parental utilizado por la madre y el peso ponderal del hijo.
3. La edad de la madre fue la única variable que influyo sobre el IMC del niño.
4. La obesidad fue más frecuente en el sexo masculino

Sugerencias

1. Promover la formación de escuela para padres, a fin de proporcionar una consejería que les haga ser padres más asertivos en la crianza de los hijos.
2. Formar grupos educativos teórico prácticos que promuevan los beneficios de la actividad física desde la infancia.
3. Continuar esta línea de investigación considerando otros factores de riesgo relacionados con la obesidad infantil.

Bibliografía

1. Fernández SE. Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria. Rev Foro Pediátrico. 2005; vol. 2: supl. 1:61-9
2. Azcona SJ C, Romero MA, Bastero MP, Santamaría ME. Obesidad infantil. Rev Esp Obes. 2005;3(1):26-39
3. Arellano MS, Bastarrachea SR, Bourges RH, Calzada LR, Dávalos IA, García GE, et al. La obesidad en México. Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Obesidad, Diagnóstico y Tratamiento. Revista de Endocrinología y Nutrición 2004; 12(Pt 4) Supl. 3:S80-87.
4. Boletín de práctica médica efectiva, Instituto Nacional de Salud Pública. Obesidad infantil México, 2006:1-6
5. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006; México: 94 -97.
6. Calzada L, Obesidad en niños y adolescentes. Editores de textos mexicanos. México, 2003:81-83.
7. Toussaint G. Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la obesidad en el escolar urbano. Bol Med Hospital Infantil de México, 2000; 57(11):658-65.
8. Gibson YL, Byrne MS, Davis AE, Blair E, Jacoby P, Zubrick RS. The role of family and maternal factors in childhood obesity MJA 2007;186:591-5
9. Colomer RJ. Prevención de la obesidad infantil. previnfad (aepap)/papps infancia y adolescencia. URL www.aepap.org/previnfad/obesidad.htm
10. Torres GL. Obesidad infantil especialidad en endocrinología. Disponible en URL: <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-7-2004/index.html>
11. Chueca M, Azcona C, Oyarzábal M. Obesidad infantil. Anales sis san Navarra, 2002; 25 supl.1:127-141.
12. Tapia R. Obesidad. editor. El Manual de Salud Pública. México. Intersistemas, 2006: 643-686
13. Lama MRA, Alonso FA, Gil CM, Leis TR, Martínez SV, Moráis LA et al. Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra Pediatr (Barc). 2006; 65(6):607-15 Disponible en URL: db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13095854
14. Ortiz PT. Obesidad en pediatría. Disponible en URL: http://www.encolombia.com/adipocito_la_obesidad_v3n2.htm
15. López AJ, González GL. Enfermedades asociadas a la obesidad. Rev Endocrinología y nutrición 2001;9 (2): 77-85
16. Dalmau SJ, Alonso FM, Gómez LL., Martínez CC., Sierra SC. Obesidad infantil. Recomendaciones del comité de nutrición de la asociación española de pediatría. Parte II. Diagnostico. Comorbilidades. Tratamiento. An Pediatr (Barc) ,2007; 66(3):294-304
17. Valencia FM, Rebollar GV, Orea TA, Castaño MA, García RG, González BJ. Apnea del sueño en el paciente obeso. revista de endocrinología y nutrición.2001;9(2) : 97-102
18. Godínez GS. Alteraciones musculoesqueléticas y obesidad. revista de endocrinología y nutrición.2001;9(2): 86-90
19. Barceló A, Bossio JC, Libma I, Ramos O, Beltrán M, Vera M. Módulo obesidad infantil salud del niño y del adolescente salud familiar y

- comunitaria. Organización panamericana de salud. Disponible en URL www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-obesidad
20. Kyung ER, Lumeng J, Appugliese D, Parenting styles and overweight status in first grade pediatrics 2006; 117(6). Disponible en URL:<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/6/2047>.
 21. Bowlby J. El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós, 1976: 33-42.
 22. Bowlby J. La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós, 1973: 132-177
 23. El apego. disponible en URL: <http://www.robertexto.com/archivo18/apego.htm>
 24. Bralic S. Haeussler L. Lira L. Montenegro H. Rodríguez S. Estimulación Temprana importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Santiago de Chile: UNICEF, 1978: 567
 25. Pinzón LB. Estilos parentales, estilos de apego y bienestar psicológico. Tesis, Universidad de las Américas Puebla Escuela de Ciencias Sociales Departamento de Psicología Disponible en URL: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/pinzon_l_bk/capitulo1.
 26. Melis F, Dávila MA, Ormeño V, Vera V, Greppi C. Gloger S. Estandarización del P.B.I.(Parental Bonding Instrument), versión adaptada a la población entre 16 y 64 años del Gran Santiago. Disponible en URL: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
 27. Murrieta SB. Estudio comparativo en madres solteras y madres casadas con respecto al apego. [Tesis], Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2004.
 28. Feeney, JA. Noller, P. Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. Thousand Oaks 1990, Journal of Personality and Social Psychology, 58: 281-291.
 29. Allejo CA, López UF. Estilos parentales y bienestar psicológico durante la niñez. Disponible en URL: http://www.cucs.udg.mx/revista_salud/
 30. Garrido RL. Apego, emoción y regulación emocional implicaciones para la salud, Rev. Latinoamericana de psicología 2006; 38(3): 493-507.
 31. Gross RD. Psicología, La ciencia de la mente y la conducta. Editorial Manual moderno S.A. de CV México 1er edición 1994
 32. Oliva DA, Parra JA, Sánchez QI, López GF. Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente. anales de psicología 2007; 23(1): 49-56
 33. Gaxiola RJ, Frías AM, Cuamba ON, Franco BD, Olivas SL. Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. Enseñanza e investigación en psicología.2006; 11(1):115-126.
 34. Nemet D, Barkan S, Epstein Y. Los efectos benéficos a corto y largo plazo de una intervención de actividad combinada dietética y conductual para el tratamiento de la obesidad en la niñez DOI:10.1542/peds.2004-2172 pediatrics 2005; 115; e443-e449. Disponible en URL: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/115/4/e443>
 35. Oliva DA, Parra JA, Sánchez QI, López GF. Estilos educativos materno y paterno: Evaluación y relación con el ajuste adolescente anales de psicología, 2007; 23(1):49-56
 36. Ibáñez M, trastornos de la conducta alimentaria 2006 ;4 : 386-422
 37. Gibson YL, Byrne MS, Davis AE, Blair E, Jacoby P, Zubrick RS. The role of family and maternal factors in childhood obesity MJA 2007, 186:591-595.

- Disponible en URL:
http://www.mja.com.au/public/issues/186_11_040607/gib10661_fm.html
38. Kyung ER, Lumeng J, Appugliese Danielle. Parenting styles and overweight status in first grade pediatrics 2006; 117(6). Disponible en URL:<http://www.pediatrics.org/cgi/content/ful/117/6/2047>.
39. Bersabé R, Fuentes MJ, Motrico E. Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar -estilos educativos parentales. Psicothema 2001; Vol. 13, nº 4.
40. Borges AR, Hernández JC, Rodríguez NE. Comportamientos parentales en familias con superdotados. Faísca, 2006;11 (13): 48-58
41. Ochaita E. Desarrollo de las relaciones padres e hijos. Disponible en URL: http://www.robertexto.com/archivo10/padres_hijos.

“Estilos parentales utilizados en madres de niños con peso normal, sobrepeso y obesidad”.

Anexo 1 Cuadro de Variables

Identificación de variables	Definición Conceptual	Definición Operativa	Indicador	Tipo de variable	Escala de Medición	Categorización
Dependiente “Estilo parental”	Patrones de conducta que los padres utilizados en la relación con sus hijos.	Actitudes de los padres hacia los hijos identificadas en el instrumento BPI.	Cuidado Sobrepotección	Cualitativa	Ordinal	Autoritario Autoritativo Permisivo Negligente
Independiente “Obesidad”	Exceso de adiposidad en el organismo	Determinación de IMC = P/T^2 Tabla: Puntos de corte internacionales para IMC correspondiente sobrepeso y obesidad, según sexo y edad, de 2 a 18 años. International Obesity Task Force (IOTF)	Peso Talla	Cualitativa	Ordinal	Peso normal Sobrepeso Obesidad
“Edad”	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante en que se estima de la existencia de una persona.	La referida por las mujeres en la encuesta aplicada	NN	Cuantitativa	Discontinua	15-19 años 20-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45-49 años
“Estado civil”	Condición de un individuo con respecto a las leyes civiles de la sociedad.	El referido por las mujeres en la encuesta aplicada	NN	Cualitativa	Catagórica	Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre
“Escolaridad”	Grado académico avalado por las instituciones educativas.	La referida por las mujeres en la encuesta aplicada	NN	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria Universidad
“Ocupación”	Actividad laboral que un individuo realiza cotidianamente	La referida por las mujeres en la encuesta aplicada	NN	Cualitativa	Catagórica	Ama de casa Independiente Empleada Burócrata

2.- INSTRUMENTO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

Fecha:
 Nombre de la madre:
 Numero de afiliación:
 Consultorio y turno:
 Edad de la madre:
 Estado civil:
 Ocupación:
 Escolaridad:

El siguiente cuestionario es confidencial. Tiene como propósito identificar el estilo parental con que brinda cuidados y protección a sus hijos. Se consideran diferentes actitudes y comportamientos que usted puede presentar hacia ellos. **POR FAVOR CONTESTE CON SINCERIDAD.**

Lea detenidamente cada una de las afirmaciones y marque con una “X” la columna que más se acerque a la relación que usted tiene con su hijo.

	Siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca
1. Le hablo con voz cálida y amigable.				
2. Le ayudo lo suficiente aunque no lo necesite.				
3. Le permito hacer las cosas que a él le gustan.				
4. Me parece que soy emocionalmente estricta y fría con él.				
5. Entiendo sus problemas y preocupaciones.				
6. Siento cariño por él.				
7. Le permito o me gusta que él tome sus propias decisiones.				
8. No quiero que crezca, quiero que siga siendo un niño.				
9. Trato de controlar todas las cosas que él hace.				
10. Invado su privacidad.				
11. Disfruto hablar de sus cosas o jugar conmigo.				
12. Frecuentemente le sonrío aunque no lo necesite.				
13. Lo trato como un niño.				
14. No veo, ni entiendo lo que necesita y quiere.				
15. Le permito decidir sobre cosas o asuntos de sí mismo.				
16. Le hago sentir que no es querido.				
17. Se consolarlo cuando él está triste.				
18. Dedico tiempo suficiente para conversar con él.				
19. Trato de que sea independiente de mí.				
20. Creo que él no se puede cuidar, a menos de que estuviera cerca.				
21. Le doy tanta libertad como él quiere.				
22. Le permito salir cuantas veces él quiera.				
23. Soy sobreprotectora.				
24. Lo hago sentir valioso, lo felicito, lo elogio.				
25. Le permito vestir de la manera que él quiera.				
TOTAL				

SOBREPROTECCION: [_____] CUIDADO: [_____]

Estilo parental _____

DATOS DEL HIJO PARTICIPANTE:

Numero de hijo: _____ Edad del hijo: _____ Sexo del hijo: _____

Peso: _____ Talla: _____ Índice de masa corporal: _____ Edo. Ponderal _____

Anexo 3

Puntos de corte internacionales para IMC correspondiente sobrepeso y obesidad, según sexo y edad, de 2 a 18 años.
International Obesity Task Force (IOTF)

Edad	sobrepeso		obesidad	
	Varones	mujeres	Varones	Mujeres
2	18.41	18.02	20.09	19.81
2.5	18.13	17.76	19.80	19.55
3	17.89	17.56	19.57	19.36
3.5	17.69	17.40	19.39	19.23
4	17.55	17.28	19.29	19.15
4.5	17.47	17.19	19.26	19.12
5	17.42	17.15	19.30	19.17
5.5	17.45	17.20	19.47	19.34
6	17.55	17.34	19.78	19.65
6.5	17.71	17.53	20.23	20.08
7	17.92	17.75	20.63	20.51
7.5	18.16	18.03	21.09	21.01
8	18.44	18.35	21.60	21.57
8.5	18.76	18.69	22.17	22.18
9	19.10	19.07	22.77	22.81
9.5	19.46	19.45	23.39	23.46
10	19.84	19.86	24.00	24.11
10.5	20.20	20.29	24.57	24.77
11	20.55	20.74	25.10	25.42
11.5	20.89	21.20	25.58	26.05
12	21.22	21.68	26.02	26.67
12.5	21.56	22.14	26.43	27.24
13	21.91	22.58	26.84	27.76
13.5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22.62	23.34	27.63	28.57
14.5	22.96	23.66	27.98	28.87
15	23.29	23.94	28.30	29.11
15.5	23.60	24.17	28.60	29.29
16	23.90	24.37	28.88	29.43
16.5	24.19	24.54	29.14	29.56
17	24.46	24.70	29.41	29.69
17.5	24.73	24.85	29.70	29.84
18	25	25	30	30

Gerardo Rodríguez MG. Gallego VS, Fleita ZJ. Moreno AL. Usos del índice de masa corporal para valorar la obesidad en niños y adolescentes. Rev Esp Obes 2006; 4 (5): 284-288

Anexo 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUROS SOCIAL
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94
PROYECTO DE INVESTIGACION
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Lugar y fecha:

Por medio de la presente, autorizo que mi hijo:

Y yo _____ participemos en el proyecto de investigación titulado:

“ESTILOS PARENTALES UTILIZADOS EN MADRES DE NIÑOS CON PESO NORMAL, SOBREPESO Y OBESIDAD”

Registrado ante el comité local de investigación medica con el número:

R-2008-3515- 14.

Se me ha informado que el objetivo de este estudio es comparar los estilos parentales utilizados por madres de niños obesos y de madres de niños no obesos.

Mi participación consistirá en responder a todas las preguntas expuestas en el instrumento y permitir se tome el peso y talla a mi hijo. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgos: ninguno

Inconvenientes: el tiempo que debo invertir es responder la encuesta, el cual es de aproximadamente 30 min. , así como trasladar a mi hijo a un consultorio para tomarle peso y talla.

Beneficios: identificar el índice de masa corporal de mi hijo en caso de sobrepeso u obesidad, el investigador lo enviara a trabajo social.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado, así como de responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee, acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibimos en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

El investigador me ha dado seguridades de que no me identificaran en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme el resultado personal de mi encuesta, por lo que se me ha informado que en 72 horas después de contestado el instrumento puedo acudir al servicio de enseñanza por él. En el horario de 10-12 horas en días hábiles.

Nombre y firma de ambos padres o tutores

nombre y firma del niño

Mosáh Soriano Hernández
Matricula99366600

Responsable de la investigación

Número telefónico para comunicarse en caso de emergencia y/o dudas, preguntas relacionadas con el estudio.